

## TÍTULO: Política de Asistencia Financiera

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:**  
**13 de diciembre de 2013**  
**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA**  
**DE LA REVISIÓN: 28 de noviembre de**  
**2017**

- St. David's Georgetown Hospital
- St. David's Round Rock Medical Center
- St. David's North Austin Medical Center
- St. David's Medical Center
- St. David's Rehabilitation Hospital
- St. David's South Austin Medical Center
- Heart Hospital of Austin
- St. David's Surgical Hospital

**Aprobado por:** Junta de Directores de St. David's Healthcare

**PÁGINA:** 1 de 9

Esta política establece un marco en virtud del cual St. David's Healthcare Partnership (SDHP) identificará a los pacientes que puedan cumplir con los requisitos para recibir asistencia financiera con respecto a la atención de emergencia y médicamente necesaria.

Para poder garantizar que todos los pacientes estén informados de forma adecuada sobre esta política, SDHP ha llevado a cabo las siguientes acciones:

- La información sobre la Política de Asistencia Financiera, un resumen en lenguaje claro de la política y la Solicitud de Asistencia Financiera y las instrucciones para completarla están disponibles en inglés, español, vietnamita, chino simplificado, coreano y árabe en el sitio web de SDHP en: <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>.
- Durante el registro, a los pacientes se les proporciona un documento que describe la disponibilidad del descuento para pacientes sin seguro, así como otras opciones de descuento que puedan estar disponibles (Anexo 1).
- La Solicitud de Asistencia Financiera está disponible en las instalaciones y por correo.
- En todos los puntos de ingreso hay guías y anuncios llamativos que ofrecen información acerca de la misión de beneficencia.
- Los pacientes reciben un folleto titulado "Una guía para analizar su factura del hospital" ("*A Guide to Your Hospital Bill*"). Este folleto explica el proceso de facturación y también proporciona información sobre la Política de Asistencia Financiera.
- Se proporciona un resumen de esta política a las organizaciones sin fines de lucro locales cerca de los hospitales SDHP.

### SISTEMA DE ELEGIBILIDAD PARA LA AYUDA DE BENEFICENCIA

**Solicitud.** Para cumplir con los requisitos para la ayuda de beneficencia (*charity care*), SDHP requiere que se complete la Solicitud de Asistencia Financiera de SDHP (Anexo 2).

## TÍTULO: Política de Asistencia Financiera

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:**  
**13 de diciembre de 2013**  
**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA**  
**DE LA REVISIÓN: 28 de noviembre de**  
**2017**

- St. David's Georgetown Hospital
- St. David's Round Rock Medical Center
- St. David's North Austin Medical Center
- St. David's Medical Center
- St. David's Rehabilitation Hospital
- St. David's South Austin Medical Center
- Heart Hospital of Austin
- St. David's Surgical Hospital

**Aprobado por:** Junta de Directores de St. David's Healthcare

**PÁGINA:** 2 de 9

La Solicitud de Asistencia Financiera, la Política de Asistencia Financiera y un resumen en lenguaje claro de la política de asistencia financiera están disponibles previa solicitud por escrito a la siguiente dirección (especificar el idioma: inglés, español, vietnamita, chino simplificado, coreano o árabe). Si necesita ayuda, puede ponerse en contacto con los servicios de cuentas de pacientes en la siguiente dirección o llamando al número telefónico que aparece a continuación:

***Servicios de Cuentas de Pacientes (Patient Account Services)***  
***6000 N.W. Parkway Ste. 124***  
***San Antonio, TX 78249***

Georgetown Hospital	<b>866-396-1025</b>
Heart Hospital of Austin	<b>866-291-3547</b>
North Austin Medical Center	<b>866-391-2015</b>
Round Rock Medical Center	<b>866-391-2017</b>
South Austin Hospital	<b>866-391-2018</b>
St. David's Surgical Hospital	<b>855-890-3304</b>

La Solicitud permite la recopilación de información de acuerdo con la ley estatal y los requisitos de ingresos y de documentación establecidos a continuación. En el caso de reiteradas visitas al hospital, SDHP intentará volver a verificar con el paciente o la persona responsable la Solicitud y la información de ingresos en cada encuentro posterior; sin embargo, se deben obtener una nueva Solicitud y nueva documentación de apoyo una vez transcurridos doce meses.

***Cálculo de Miembros de la Familia inmediata.*** Los pacientes que soliciten asistencia financiera deben verificar la cantidad de miembros de la familia en su hogar.

***Adultos.*** Al calcular la cantidad de miembros de la familia en el hogar de un paciente adulto, incluya al paciente, al cónyuge del paciente y a sus familiares a cargo.

***Menores de edad.*** Al calcular la cantidad de miembros de la familia en el hogar de un paciente menor de edad, incluya al paciente, la madre del paciente, los familiares a cargo de la madre del paciente, el padre del paciente y los familiares a cargo del padre de la paciente.

***Cálculo de Ingresos.*** Los pacientes deben proporcionar los ingresos anuales de su hogar.

## TÍTULO: Política de Asistencia Financiera

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:**

**13 de diciembre de 2013**

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA**

**DE LA REVISIÓN: 28 de noviembre de 2017**

- St. David's Georgetown Hospital
- St. David's Round Rock Medical Center
- St. David's North Austin Medical Center
- St. David's Medical Center
- St. David's Rehabilitation Hospital
- St. David's South Austin Medical Center
- Heart Hospital of Austin
- St. David's Surgical Hospital

**Aprobado por:** Junta de Directores de St. David's Healthcare

**PÁGINA:** 3 de 9

*Adultos.* Para los adultos, el término "Ingreso Anual" a los efectos de clasificación como Financieramente Indigente o Médicamente Indigente de conformidad con esta Política significa la suma del ingreso bruto anual total del paciente y del cónyuge del paciente.

*Menores de edad.* Si el paciente es menor de edad, el término "Ingreso Anual" significa el ingreso bruto anual total del paciente, de la madre del paciente y del padre del paciente.

**Verificación de Ingresos.** Los pacientes o la persona responsable deberán verificar los ingresos declarados en la Solicitud de Asistencia Financiera de acuerdo con los Requisitos de Documentación establecidos a continuación.

*Requisitos de Documentación.* El ingreso informado en la Solicitud de Asistencia Financiera puede ser verificado a través de cualquiera de los siguientes mecanismos:

**Indicadores de Ingresos.** Mediante la presentación de la documentación financiera de terceros, lo que puede incluir, entre otros, el formulario W-2 del IRS, Declaraciones de Salarios e Impuestos; Comprobante de Transferencia de Salario; Devoluciones de Impuestos Individuales; verificación telefónica por parte del empleador; estados de cuentas bancarias; transferencias de pago del Seguro Social, avisos de pago de seguro de desempleo o Cartas de Determinación de Compensación por Desempleo. Además, la Empresa considera los datos demográficos económicos del código postal de residencia del paciente.

**Participación en un Programa Público de Beneficios.** Mediante la presentación de documentación que demuestre la participación actual en un programa público de beneficios como Medicaid, Programa de Salud para Indigentes del Condado, AFDC, Cupones de alimentos, WIC, Texas Healthy Kids, Programa de Seguro Médico para Niños u otros programas similares relacionados con la indigencia. Se requiere prueba de la participación en cualquiera de los programas antes mencionados junto con la Solicitud de Asistencia Financiera completada.

*Procedimiento de Verificación.* Para determinar los ingresos totales de un paciente, SDHP puede considerar otros activos y pasivos financieros del paciente, así como el ingreso familiar del paciente y la capacidad de la familia del paciente para pagar. Si se

## TÍTULO: Política de Asistencia Financiera

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:**  
**13 de diciembre de 2013**  
**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA**  
**DE LA REVISIÓN: 28 de noviembre de**  
**2017**

- St. David's Georgetown Hospital
- St. David's Round Rock Medical Center
- St. David's North Austin Medical Center
- St. David's Medical Center
- St. David's Rehabilitation Hospital
- St. David's South Austin Medical Center
- Heart Hospital of Austin
- St. David's Surgical Hospital

**Aprobado por:** Junta de Directores de St. David's Healthcare

**PÁGINA:** 4 de 9

determina que un paciente tiene la capacidad de pagar el resto de la factura, tal determinación no excluye una reevaluación de la capacidad del paciente para pagar luego de la presentación de documentación adicional.

*Verificación de Ingresos Pendiente de Clasificación.* SDHP puede considerar una solicitud de asistencia financiera en cualquier momento antes, durante o después de las fechas de servicio. Durante el proceso de verificación y mientras SDHP está recopilando la información necesaria para determinar los ingresos de un paciente, el paciente puede ser tratado como un paciente que paga en forma privada en conformidad con las políticas de SDHP.

*Información Inconsistente o Incompleta.* Esta política de ninguna manera limita la capacidad de SDHP para llevar a cabo debida diligencia adicional en relación con la capacidad del paciente para pagar, si la información proporcionada por el paciente durante el proceso de solicitud parece ser inconsistente o incompleta. Por ejemplo, SDHP puede optar por preguntar por qué se informaron pocos o ningún activo si el paciente tiene ingresos altos.

*Falsificación de la Información.* La falsificación de la información puede dar como resultado la denegación de la Solicitud de Asistencia Financiera. Si, después de que se le concede la ayuda financiera a un paciente, SDHP descubre que el material proporcionado con la Solicitud de Asistencia Financiera es falso, el estado de ayuda de beneficencia puede ser revocado y retirarse la ayuda financiera.

**Clasificación como Financieramente Indigente. Financieramente Indigente es una persona sin seguro o con seguro insuficiente que es aceptada para la atención sin obligación o con un descuento en la obligación de pagar por los servicios prestados en base al Sistema de Elegibilidad para la Ayuda de Beneficencia (Charity Care).**

*Clasificación.* Los pacientes solo pueden recibir clasificación como Financieramente Indigentes si sus ingresos anuales son inferiores o iguales al 200% de los parámetros de pobreza actualizados anualmente en el Registro Federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("Parámetros Federales de Pobreza"). Los Parámetros Federales de Pobreza actualizados deben aplicarse a partir del primer día del mes siguiente a su publicación.

**Clasificación como Médicamente Indigente. Médicamente Indigente es un paciente cuyas facturas médicas o de hospital, después del pago de terceros pagadores, superan un determinado porcentaje de los ingresos anuales de la persona y es incapaz de pagar la factura restante.**

## TÍTULO: Política de Asistencia Financiera

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:**  
**13 de diciembre de 2013**  
**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA**  
**DE LA REVISIÓN: 28 de noviembre de**  
**2017**

- St. David's Georgetown Hospital
- St. David's Round Rock Medical Center
- St. David's North Austin Medical Center
- St. David's Medical Center
- St. David's Rehabilitation Hospital
- St. David's South Austin Medical Center
- Heart Hospital of Austin
- St. David's Surgical Hospital

**Aprobado por:** Junta de Directores de St. David's Healthcare

**PÁGINA:** 5 de 9

*Evaluación Inicial.* Para ser considerado para la clasificación como paciente Médicamente Indigente, la cantidad adeudada por el paciente, después del pago de todos los terceros pagadores, debe exceder el diez por ciento (10 %) de los ingresos anuales del paciente y el paciente debe ser incapaz de pagar la factura restante. Si el paciente no cumple con este criterio de evaluación inicial, no puede ser clasificado como Médicamente Indigente.

*Aceptación.* SDHP podrá aceptar a un paciente que cumple con los criterios de la Evaluación Inicial para considerarse Médicamente Indigente y que cumple con los criterios indicados a continuación:

**Ingresos anuales entre el 200 % y el 500 % de los Parámetros Federales de Pobreza.** Los ingresos del paciente deben ser mayores al 200 % pero inferiores o iguales al 500 % de los Parámetros Federales de Pobreza. En estos casos, SDHP determinará el monto de la asistencia financiera de beneficencia concedida a estos pacientes sobre la base de los ingresos anuales del paciente, en comparación con los parámetros de pobreza actualizados anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("Parámetros Federales de Pobreza"). El rango de descuentos varía desde el 40 % hasta el 90 %. El descuento para pacientes sin seguro se aplicará al saldo restante después de aplicar el descuento de beneficencia.

**Procedimientos de Aprobación.** SDHP trabajará con todos los pacientes sin seguro médico para determinar si cumplen los requisitos para Medicaid o asistencia de beneficencia, como se indica en el "Documento de Información para Pacientes sin Seguro" que se adjunta como Anexo 1. Los pacientes serán notificados por correo si cumplen con los requisitos para la asistencia financiera una vez que la solicitud haya sido revisada y procesada. Al revisar una solicitud de aprobación, la Administración del Centro de Servicios Compartidos (SSC, por sus siglas en inglés) determinará la elegibilidad, incluyendo la determinación de que se llevaron a cabo esfuerzos razonables para determinar esa elegibilidad. Dicho administrador también podrá realizar investigaciones adicionales sobre la información disponible, tales como activos, etc., para determinar la capacidad del paciente para pagar, o realizar investigaciones nuevas en relación con la calificación del paciente para la financiación gubernamental o de otro tipo.

En el caso de que un paciente no reúna los requisitos para recibir asistencia de beneficencia, o el paciente sea responsable de una parte del saldo después de que se haya aplicado la asistencia de beneficencia, el descuento para pacientes sin seguro se aplicará a la cuenta. El monto adeudado no excederá los montos generalmente facturados a los pacientes con seguro como se determina mediante el método retroactivo que se describe en el Reglamento del Servicio de

<b>TÍTULO: Política de Asistencia Financiera</b>	
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:</b> <b>13 de diciembre de 2013</b> <b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA REVISIÓN: 28 de noviembre de 2017</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>Aprobado por:</b> Junta de Directores de St. David's Healthcare	<b>PÁGINA:</b> 6 de 9

Rentas Internas. Los pacientes pueden solicitar información sobre este cálculo mediante la presentación de una solicitud a la siguiente dirección:

*Servicios de Cuentas de Pacientes (Patient Account Services)*  
**6000 N.W. Parkway Ste. 124**  
**San Antonio, TX 78249**

Tenga en cuenta que si usted no presenta una solicitud de asistencia financiera dentro de los 120 días siguientes a la fecha de facturación, el centro hospitalario (u otra parte autorizada) puede tomar ciertas medidas en su contra con el fin de obtener el pago de la factura, lo que puede incluir, entre otros, proporcionar información adversa sobre la deuda que usted tiene con el centro hospitalario a las agencias de informes de crédito o agencias de crédito o la presentación de una demanda civil con el fin de obtener una sentencia en su contra por la cantidad que le debe al centro hospitalario.

**RETENCIÓN DE DERECHOS**

SDHP se reserva el derecho a limitar o negar la asistencia financiera a su exclusivo criterio.

**SERVICIOS NO CUBIERTOS**

Se adjunta e incorpora por remisión a este documento como Anexo 3 una lista completa de los proveedores que pueden brindar servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en los hospitales de SDHP. El Anexo 3 especifica cuáles son los proveedores que están cubiertos y cuáles son los que no están cubiertos por esta Política de Asistencia Financiera. Los proveedores de procedimientos opcionales u otros tipos de atención que no sean de emergencia o médicamente necesarios no están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera. El Anexo 3 adjunto se actualiza mensualmente.

Los particulares pueden obtener una copia del Anexo 3 mediante una solicitud por escrito que deberán enviar a la siguiente dirección: Patient Accounting Services, 6000 N.W. Parkway, Ste. 124, San Antonio, TX 78249; también pueden llamar al número de teléfono de la institución que figura en la Política de Asistencia Financiera para solicitarla. Los pacientes también pueden descargar una copia del Anexo 3 de este sitio web: <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>.

## TÍTULO: Política de Asistencia Financiera

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:**  
**13 de diciembre de 2013**  
**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA**  
**DE LA REVISIÓN: 28 de noviembre de**  
**2017**

- St. David's Georgetown Hospital
- St. David's Round Rock Medical Center
- St. David's North Austin Medical Center
- St. David's Medical Center
- St. David's Rehabilitation Hospital
- St. David's South Austin Medical Center
- Heart Hospital of Austin
- St. David's Surgical Hospital

**Aprobado por:** Junta de Directores de St. David's Healthcare

**PÁGINA:** 7 de 9

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

### Documento de Información para Pacientes sin Seguro

Este documento está destinado a ayudar a que los pacientes sin seguro comprendan los aspectos financieros de su atención médica. Los pacientes que tengan seguro de automóvil, de responsabilidad civil u otro reembolso a los que puedan facturarse estos servicios no cumplirán con los requisitos para el descuento a pacientes sin seguro.

Este documento también proporciona las opciones disponibles para ayudarlo a saldar su cuenta. En un esfuerzo por ayudar a los pacientes sin seguro, HCA aplicará un descuento a su cuenta y luego trabajará con usted para que abone el saldo restante.

La siguiente información es un resumen de cómo se procesará una cuenta sin seguro y las opciones de descuento que pueden estar disponibles para usted. Si ha recibido un procedimiento cosmético electivo o de tarifa plana, estos descuentos no se aplican. En cualquier otro caso, HCA realiza descuentos en todas las facturas que no tienen seguro. Se espera que el saldo de descuento debido en la cuenta sea pagado en su totalidad en el momento del servicio.

Los cargos totales por los servicios prestados se aplican a la cuenta. El descuento para pacientes sin seguro se aplica a los cargos totales, lo que reduce el saldo de la cuenta. Si usted no puede pagar el saldo de la cuenta en su totalidad luego del descuento, vamos a trabajar con usted para establecer acuerdos de pagos mensuales.

Si no puede establecer acuerdos de pagos mensuales, lo ayudaremos a solicitar asistencia de Medicaid.

Si obtiene Medicaid, les enviaremos la factura a ellos y usted solo será responsable por los cargos no cubiertos.

Si no califica para Medicaid, puede completar la Solicitud de Asistencia Financiera, proporcionar documentación de apoyo según sea necesario y hacer que revisen esta visita para obtener un posible descuento de beneficencia.

Si califica para un descuento de beneficencia en base a los Parámetros Federales de Pobreza, su cuenta se considerará pagada en su totalidad. Si no cumple con los requisitos de los Parámetros Federales de Pobreza, tendrá que hacer los arreglos necesarios para saldar su factura de inmediato.

HCA ofrece un descuento del 100 % en las cuentas aprobadas para beneficencia. El resto de las cuentas sin seguro recibirán un descuento parcial.

Firma del Paciente/Persona Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SSD.FT.COIL.#27 Documento de Información para Pacientes sin Seguro

COPIA PAS - FIRMA EN EL ARCHIVO

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES SIN SEGURO**

FECHA DE NACIMIENTO:  
 St. David's Medical Center

## TÍTULO: Política de Asistencia Financiera

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:**  
**13 de diciembre de 2013**  
**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA**  
**DE LA REVISIÓN: 28 de noviembre de**  
**2017**

- St. David's Georgetown Hospital
- St. David's Round Rock Medical Center
- St. David's North Austin Medical Center
- St. David's Medical Center
- St. David's Rehabilitation Hospital
- St. David's South Austin Medical Center
- Heart Hospital of Austin
- St. David's Surgical Hospital

**Aprobado por:** Junta de Directores de St. David's Healthcare

**PÁGINA:** 8 de 9

Anexo 2 1 de 2

### Solicitud de Asistencia Financiera de St. David's Healthcare Partnership

Nombre del Paciente _____		Número de Cuenta del Paciente _____	
Número de Teléfono _____		Número de Seguro Social _____	
		Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____	
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado		Empresador (Nombre, Dirección y Número de Teléfono) _____	
Nombre del Cónyuge _____		Número de Seguro Social _____	
		Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____	
Padre del Paciente (si el paciente es menor de edad) _____		Número de Seguro Social _____	
		Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____	
Madre del Paciente (si el paciente es menor de edad) _____		Número de Seguro Social _____	
		Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____	

**A. Salarios: Proporcione** los salarios de cada una de las siguientes personas de su hogar.

Marque con un círculo la opción que corresponda		Marque con un círculo la opción que corresponda	
Paciente \$ _____	Hora / Semana / Mes / Año	Padre del Paciente (si el paciente es menor de edad) \$ _____	Hora / Semana / Mes / Año
Cónyuge \$ _____	Hora / Semana / Mes / Año	Madre del Paciente (si el paciente es menor de edad) \$ _____	Hora / Semana / Mes / Año

**B. Otros Recursos:** Proporcione el monto total de otros recursos con los que cuente, incluso cuentas de ahorro, cuentas corrientes, acciones, bonos, etc. \$ \_\_\_\_\_

Proporcione el monto de ingresos anuales que recibe de estos otros recursos, incluso ingresos por intereses, dividendos, rentas por alquileres, etc. \$ \_\_\_\_\_

**C. Miembros de la Familia: Proporcione** la cantidad de personas en el hogar del paciente. \_\_\_\_\_

**D. Verificación de Ingresos: Proporcione** cualquiera de los siguientes tipos de documentación para verificar sus ingresos.

- Formulario W-2 del IRS
- Comprobante de Transferencia de Salario
- Declaración de Impuestos
- Estados de Cuenta Bancaria
- Verificación del Empleador
- Prueba de la Participación en Programas de Asistencia Gubernamental, tales como cupones de alimentos, CDIC, Medicaid o AFDC
- Cartas de Determinación de Compensación de Desempleo o del Seguro Social
- Otros, describa.

Si no puede proporcionar una de las documentaciones de fuentes de ingresos mencionadas anteriormente, explique por qué esta información no está disponible: \_\_\_\_\_

Entiendo que St. David's Healthcare Partnership (SDHP) podrá verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de Asistencia Financiera (la "Solicitud") en relación a la evaluación de SDHP de esta Solicitud, y que mediante mi firma en la presente autorizo a mi empleador a certificar la información proporcionada en esta Solicitud. También autorizo a SDHP a solicitar informes de las agencias de informes de crédito y a la Administración del Seguro Social. Certifico que esta información es verdadera a mi leal saber y entender y que soy consciente de que la falsificación de la información en esta Solicitud puede resultar como resultado la denegación de la ayuda financiera.

Entiendo que cualquier ayuda financiera se basa en mi incapacidad para pagar, y que si llegara a estar disponible una nueva fuente de ingresos, SDHP podrá revertir su concesión de asistencia financiera en su totalidad o en parte.

Firma del Paciente o de la Persona Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Empleado de SDHP si alguna parte de la Solicitud de Asistencia Financiera es completada por un Empleado de SDHP \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## TÍTULO: Política de Asistencia Financiera

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:**  
**13 de diciembre de 2013**  
**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA**  
**DE LA REVISIÓN: 28 de noviembre de**  
**2017**

- St. David's Georgetown Hospital
- St. David's Round Rock Medical Center
- St. David's North Austin Medical Center
- St. David's Medical Center
- St. David's Rehabilitation Hospital
- St. David's South Austin Medical Center
- Heart Hospital of Austin
- St. David's Surgical Hospital

**Aprobado por:** Junta de Directores de St. David's Healthcare

**PÁGINA:** 9 de 9

Anexo 2 2 de 2

### Información e Instrucciones para la Solicitud de Asistencia Financiera de St. David's Healthcare Partnership

#### Instrucciones:

Como parte de su compromiso de servir a la comunidad, y en el cumplimiento de uno de los fines benéficos del Sistema de St. David's Healthcare, St. David's Healthcare Partnership elige proporcionar asistencia financiera a las personas que cumplan con ciertos requisitos de ingresos.

Para determinar si una persona puede cumplir con los requisitos para recibir asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera como se indica en esta solicitud. Su colaboración nos permitirá analizar la solicitud de asistencia financiera con la debida consideración.

Complete la Solicitud de Asistencia Financiera y devuelva el formulario completo al Representante de Registro, o envíe el formulario completo por correo a la siguiente dirección:

Servicios de Cuentas de Pacientes (Patient Account Services)  
 6000 N.W. Parkway Ste. 124  
 San Antonio, Tx. 78249

#### Sección A: Salarios

En la sección A de la Solicitud de Asistencia Financiera, indique el Monto en Dólares que cada persona incluida recibe como remuneración, y si la cantidad representa la remuneración por hora, semana, mes o año.

#### Sección B: Otros Recursos

En el primer espacio en blanco en la sección B de la Solicitud de Asistencia Financiera, indique el Monto en Dólares que ha invertido en cuentas corrientes, cuentas de ahorro, acciones, etc. En el segundo espacio en blanco, indique el Monto en Dólares de los ingresos que recibe anualmente de dichas inversiones. Por ejemplo, en el primer espacio en blanco uno podría poner que tiene \$5,000 en una cuenta de ahorros y en el segundo espacio en blanco podría poner que gana \$250 de interés anual por esa cuenta.

#### Sección C: Miembros de la Familia

La sección C de la Solicitud de Asistencia Financiera solicita información sobre la cantidad de personas en el hogar del paciente. Este número debe incluir al paciente, al cónyuge del paciente y a los familiares a cargo del paciente. Si el paciente es menor de edad, incluya al paciente, a la madre y/o el padre y/o el tutor legal del paciente y a cualquier familiar residente a cargo de la madre, del padre y/o del tutor legal del paciente.

#### Sección D: Verificación de Ingresos

Para poder considerar su solicitud de asistencia financiera, se requiere la verificación de los salarios informados en la sección A de la Solicitud de Asistencia Financiera. Proporcione una copia de un formulario W-2 del IRS, Salarios y Declaración de Impuestos; comprobantes de transferencia de salario; devolución de impuestos; estado de cuenta bancaria u otro indicador adecuado de ingresos y prueba de la participación en un programa de beneficios públicos como el Seguro Social, Compensación por Desempleo, Medicaid, Programa de Salud para Indigentes del Condado, AFDC, Seguro de Desempleo, Cupones para Alimentos, WIC, Texas Healthy Kids, Programa de Seguro Médico para Niños u otros programas similares relacionados con la indigencia.

También puede verificar su salario haciendo que su empleador proporcione una verificación por escrito o que hable con un representante de SDHP.

*Si no puede proporcionar una de las fuentes de documentación de ingresos mencionadas anteriormente, proporcione una explicación por escrito en la sección D de la Solicitud de Asistencia Financiera.*

#### Servicios Médicos

Los médicos que prestan servicios no son empleados de St. David's Healthcare Partnership. Usted recibirá facturas separadas de su médico particular y de los demás médicos cuyos servicios hayan sido necesarios en su atención. Si tiene alguna pregunta sobre estas facturas, o para concertar las condiciones de pago de los servicios de los médicos, comuníquese con el consultorio de cada médico.